

**Secteur de Biologie Moléculaire**

Tél : 01.71.97.03.09 Fax : 01.71.97.03.29

**L'identification par le nom de naissance est obligatoire**

NOM DE NAISSANCE : .....

NOM USUEL : .....

Prénom : .....

D. D. N : .....

Adresse : .....

Tél : .....

**Laboratoire demandeur :**

Adresse : .....

.....

.....

Tél : ..... Fax : .....

**Prescripteur / Etablissement :**

Dr : .....

Adresse : .....

.....

Tél : ..... Fax : .....

**DEMANDE DE TYPAGE GENIQUE de GROUPE SANGUIN FOETAL**

Joindre photocopie de la carte de groupe sanguin et données Immuno-Hématologiques récentes du patient

DDR :

DDG :

- RH1 (D) à partir de 12SA  KEL1 (Kell) à partir de 13SA  
 RH3 (E) à partir de 13SA  RH4 (petit-c) à partir de 13SA

**A PARTIR DU SANG MATERNEL**

**Prélèvement :** 3 tubes 5 à 7 ml de sang total EDTA  
Délai transmission : 72 H (RH1, RH3 et RH4) / 48H (KEL1)

Date et heure du prélèvement : .....

Nom du préleveur : .....

Si amniocentèse prévue : Date : .....

Patiente greffée : Date : .....

Organe (entourer) : Rein - Pancréas - Cœur - Poumon - Foie

Autres (préciser) : ..... Moelle (CSH) .....

- RH1 (D)  RH3 (E)  RH4 (petit-c)  KEL1 (Kell)

**A PARTIR DU LIQUIDE AMNIOTIQUE**

**Prélèvement :** 5 ml sur tube stérile  
Délai transmission : 72 H

Date et heure de l'amniocentèse : .....

Nom du préleveur : .....

Motif de l'amniocentèse : .....

Laboratoire de cytogénétique : .....

Origine géographique familiale : Père : ..... Mère : .....

Je soussigné Dr : ....., déclare avoir informé la patiente de l'intérêt de déterminer le groupe sanguin foetal

Pour juger s'il y a lieu de recourir à une immuno-prophylaxie Rh anténatale, la patiente étant RH1 Négatif non immunisée.

Pour diagnostiquer une situation d'incompatibilité foeto-maternelle pour la grossesse en cours chez la patiente immunisée.

Je soussigné Melle, Mme : ..... accepte que l'analyse proposée soit faite à partir de l'ADN du fœtus, dans un laboratoire autorisé conformément au décret 2006-1661 du 22 Décembre 2006 relatif au diagnostic prénatal, et déclare avoir compris que la technique d'analyse peut parfois donner un résultat positif en excès (ou faux positif), et qu'un premier résultat peut conduire à demander un second prélèvement de sang maternel pour confirmation.

Une partie du prélèvement pourra, sauf opposition de votre part, être conservée à des fins de contrôle de qualité ou scientifiques dans le domaine des incompatibilités foeto-maternelles érythrocytaires, conformément au décret 2007-1220 du 10 Août 2007 et Art.16-10 loi n°94-653/Art.16-1 et 16-6 du code civil. Les données médicales associées au prélèvement seront réunies sur un fichier informatique permettant leur traitement automatisé dans le cadre des recherches et validations de méthodes. Vous disposez à leur égard d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition conformément à la loi. Pour toutes questions concernant vos droits contacter [protectiondesdonnees.hu@aphp.fr](mailto:protectiondesdonnees.hu@aphp.fr)

Fait à ..... Le : .....

Cachet du service et signature du Prescripteur :

Signature de la Patiente :